

DE QUELQUES
LOCALISATIONS RARES DE L'ŒDÈME
DANS LE PURPURA
THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 3 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Remy-Auguste-Alexandre BOUSREZ

Né le 3 Septembre 1884, à Nancy

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAUSHALTER, Professeur.	<i>Président</i>
		PARISOT, Professeur.	{ <i>Juges.</i>
		ETIENNE, Agrégé.	
		RICHON, Agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS
1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909

DE QUELQUES
LOCALISATIONS RARES DE L'ŒDÈME
DANS LE PURPURA

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 3 Juillet 1909

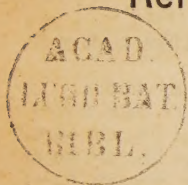
POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Remy-Auguste-Alexandre BOUSREZ

Né le 3 Septembre 1884, à Nancy



EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

{	MM. HAUSHALTER, Professeur.	<i>Président</i>
	PARISOT, Professeur.	{ <i>Juges.</i>
	ETIENNE, Agrégé.	
	RICHON, Agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS

1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS O *, I ♀.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I ♀.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I ♀, NICOLAS, I ♀, PRENANT, I ♀.

Professeurs.

Clinique médicale	M. BERNHEIM *, I ♀.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O *, I ♀.
Physique médicale.	M. CHARPENTIER *, I ♀.
Médecine opératoire.	M. CHRÉTIEN, I ♀.
Clinique chirurgicale.	M. WEISS *, I ♀.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, I ♀.
Clinique médicale.	M. SPILLMANN, I ♀.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT *, I ♀,
Hygiène.	M. MACÉ, I ♀.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, I ♀.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ♀.
Physiologie.	M. MEYER, I ♀.
Pathologie gén. et Pathologie interne	M. SIMON, I ♀.
Histologie.	M. BOUIN, I ♀.
Histoire naturelle médicale.	M. VUILLEMIN, I ♀.
Clinique ophtalmologique.	M. ROHMER, I ♀.
Médecine légale	M. PARISOT, I ♀.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ♀.

Professeurs-Adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I ♀.
Pathologie externe.	M. VAUTRIN, I ♀.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I ♀, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A ♀, agr. ch. du c.
Accouchements	M. SCHUHL, I ♀, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique d'orthopédie (1).	M. FRÉLICH, I ♀, agrégé lib., ch. du c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ♀, agrégé lib., ch. du c.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ♀, agrégé lib., ch. du c.
Anatomie pathologique.	M. HOCHÉ, I ♀, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, A ♀, chargé du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ♀.	MM. RICHON, A ♀.	MM. DUFOUR, A ♀.
L. SPILLMANN, A ♀	G. GROSS, A ♀.	SENCERT, A ♀.
MICHEL, A ♀.	FRUHINSHOLZ, A ♀	ROBERT A ♀.
HOCHÉ, I ♀.	COLLIN, A ♀.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ♀, FÉVRIER, *, I ♀, ETIENNE, I ♀,
ZILGIEN, A. ♀, FRÉLICH, I ♀, SCHUHL, I ♀, JACQUES, I ♀, ANDRÉ, I ♀.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, M, I ♀, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

INTRODUCTION

A MES PARENTS

A la Mémoire
de Monsieur le Docteur ALBERT FRIOT

A MES AMIS

A mon Président de thèse,
Monsieur le Professeur HAUSHALTER

A tous mes Maîtres de la Faculté

INTRODUCTION

Depuis que le purpura s'est dégagé du cadre nosologique des maladies de la peau pour pénétrer dans le domaine de la pathologie générale, c'est-à-dire depuis un siècle environ, il a été l'objet de multiples recherches et de nombreux travaux, tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue de la classification de ses formes cliniques variées.

Pour nous rendre compte de la confusion que présentait cette classification clinique pendant la première partie du siècle dernier, il nous suffit de jeter un coup d'œil dans le *Compendium de médecine pratique* (1) où, sous des dénominations multiples, variables suivant chaque auteur, nous trouvons décrites des affections souvent très différentes les unes des autres, mais ayant toutes pour caractère commun d'être accompagnées d'une hémorragie cutanée interstitielle.

Aujourd'hui, si la pathogénie du purpura n'est pas encore élucidée, son étude clinique a été nettement approfondie dans ses multiples manifestations.

Parmi celles-ci, il en est une, fréquemment rencontrée, c'est l'œdème, qui, dans quelques cas assez

(1) MONNERET et FLEURY. — *Compendium de médecine pratique*, Paris, 1846.

rare, présente une localisation telle que les symptômes observés peuvent provoquer des erreurs de diagnostic quant à la cause même de ces symptômes, et de pronostic quant à l'évolution de la maladie.

Il peut donc être très utile au médecin, afin d'éviter des surprises au lit du malade, d'être renseigné sur ces localisations rares, mais possibles, de l'œdème au cours des purpuras ; c'est la raison pour laquelle M. le professeur HAUSHALTER nous a conseillé de prendre quelques cas semblables, rencontrés à la clinique médicale infantile, comme base de ce travail.

Après quelques généralités cliniques sur le purpura, nous étudierons les caractères des œdèmes qui l'accompagnent assez fréquemment ; puis nous exposerons quelques observations de localisations rares de ces œdèmes : œdème profond de la paroi abdominale, œdème encéphalique ; nous en discuterons les symptômes et nous montrerons que seul l'œdème doit être considéré vraisemblablement comme la cause des phénomènes observés.

Dans cette étude purement clinique, nous ne parlerons point de la pathogénie du purpura et de ses œdèmes, nous contentant par des annotations de renvoyer aux ouvrages spéciaux le lecteur que cette question pourrait intéresser.

Tel est le plan général de ce travail. Avant d'en commencer l'exposé, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur HAUSHALTER notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions également de nous en avoir inspiré l'idée et d'avoir facilité de ses conseils

notre modeste travail. C'est à son profond esprit d'observation et à ses leçons si intéressantes que nous devons la plus grande partie de notre éducation clinique : externe à la clinique médicale infantile au commencement de nos études, nous avons voulu l'être à nouveau au moment de quitter définitivement nos maîtres et tous nos amis ; que notre maître aimé veuille bien voir en cet acte un gage de notre affectueuse reconnaissance.

Nous prions également M. le professeur Pierre PARISOT d'agréer nos remerciements pour la sympathie qu'il nous a toujours marquée et les enseignements dont il nous a fait profiter.

Durant notre externat, nous avons apprécié les excellentes leçons de MM. les professeurs WEISS, SPILLMANN, HERRGOTT et ÉTIENNE, nous leur adressons ici tous nos remerciements.

Notre gratitude est également acquise à MM. les professeurs agrégés RICHON pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner et FRUHINSHOLZ pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Enfin, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous allons quitter tous nos camarades de la Faculté et en particulier notre ami le docteur Maurice CONTAL, dont l'amitié pour nous ne s'est jamais démentie. Puisse le hasard nous mettre souvent sur le même chemin. Nous leur renouvelons à tous l'expression de notre cordiale sympathie et de notre affectueux attachement : *vires acquirit eundo*.

Un souvenir à notre ami regretté Fernand SCHMITT.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE PURPURA EN CLINIQUE

GÉNÉRALITÉS

Historique et définition. — Le mot purpura ne correspond pas à une affection bien caractérisée ; il ne sert qu'à désigner l'apparition sur la peau de lésions élémentaires constituées par de petites taches hémorragiques. WILLAN (1) et BATEMAN (2) son élève, les premiers qui, à la fin du XVIII^e et au commencement du XIX^e siècle, donnèrent une excellente classification des lésions élémentaires de la peau, placèrent à tort le purpura dans l'ordre des exanthèmes. BIETT (3) reconnaissant cette erreur, lui consacre un ordre spécial ; puis vient ALIBERT (4), qui le réunit aux ecchymoses et aux pétéchiies dans son groupe des dermatoses hémateuses ; GIBERT (5) en fait une maladie maculeuse, et CAZENAVE (6) une hémorragie de la peau. C'est à partir de ce moment que le purpura prend définitivement

(1) WILLAN. — *Description and Treatment of cutaneous diseases*, London 1798.

(2) TH. BATEMAN. — *A practical synopsis of cutaneous diseases*, London 1813.

(3) BIETT. — *Dictionnaire de médecine*. — T. XXVI, 2^e édition.

(4) ALIBERT. — *Dermatoses hémateuses*, p. 728. — *Monographie des dermatoses*, in-4^o, Paris 1832.

(5) GIBERT. — *Traité pratique des maladies spéciales de la peau*, Paris 1837.

(6) CAZENAVE et SCHEDEL. — *Abrégé pratique des maladies de la peau*, Paris 1828.

place dans le cadre nosologique des hémorragies (taches hématiques de BOUCHARD).

Le purpura n'est pas une maladie. " Comme l'albuminurie, c'est un symptôme commun à des affections très diverses, c'est le fait d'une maladie générale interne qui affecte une modalité éruptive, de même que la pustule variolique n'est que la manifestation d'une maladie *totius substantiæ*, la variole (1) ".

Description

La tache purpurique est la caractéristique du purpura ; petite, lenticulaire, on la nomme *pétéchie* ; mais ces taches peuvent se présenter sous la forme de stries allongées, se sont les *vibices*, ou de véritables ecchymoses superficielles, plus ou moins étendues, on les appelle alors les *ecchymoses spontanées*.

Ces taches, qui font parfois sur la peau une saillie notable et prennent l'aspect de papules (voir notre observation II), ces taches présentent une coloration variable : d'abord rouge vif, puis bleues, vertes, jaunes, elles disparaissent ensuite tout à fait. Nous reconnaissons là les modifications de coloration des épanchements sanguins : la tache purpurique, en effet, n'est autre chose qu'une hémorragie, qu'une extravasation sanguine, c'est aussi la raison pour laquelle elle ne s'efface pas sous la pression du doigt comme les taches érythémateuses ; c'est là son caractère essentiel, son signe pathognomonique.

(1) L. PERRIN. — *Purpuras de l'enfance*.

Le purpura procède souvent par poussées successives, et il n'est pas rare de rencontrer des taches de coloration différente les unes à côté des autres.

C'est en général aux membres que siège l'éruption, affectant des formes symétriques ou quelconques ; mais elle peut siéger également sur le tronc, la face, les muqueuses et même sur les séreuses, et alors le purpura se présentera avec des symptômes différents suivant que l'hémorragie cutanée sera accompagnée d'hémorragies muqueuses, séreuses ou viscérales. Les plus fréquentes de ces hémorragies sont les épistaxis, les hématuries et des entérorragies plus ou moins abondantes ; mais on a vu également, quoique plus rarement, des hémorragies des centres nerveux.

Ces symptômes de sièges si différents ont tous une commune origine l'extravasation sanguine ; si nous leur ajoutons les œdèmes que l'on rencontre assez fréquemment, la lymphangite et la gangrène, rarement observées, et surtout les symptômes propres aux états toxi-infectieux dont le purpura lui même n'est que l'une des manifestations, nous aurons une idée de la multiplicité des formes cliniques du purpura et nous comprendrons aisément pourquoi il est impossible de faire rentrer chaque cas dans un type clinique bien déterminé.

Diverses variétés

On a voulu pour établir différents types classiques de purpura se baser sur l'aspect de l'éruption et suivant qu'il y avait ou non des hémorragies, on a divisé le

purpura en *Purpura hémorragica* et en *Purpura simplex*. Si cette division a quelque intérêt nosologique, nous savons actuellement qu'au point de vue clinique on ne peut lui attribuer une grande importance.

On a voulu également distinguer un *purpura ectasif* et un *purpura extravasif* (1) suivant que la lésion cutanée était due soit à une dilatation des capillaires non compliquée d'hémorragie, soit à une extravasation des globules sanguins sans dilatation des vaisseaux. Dans ce travail où nous n'avons en vue que l'étude clinique du purpura, nous laisserons de côté les essais de classifications anatomique ou pathogénique, et nous passerons, de suite, et très succinctement, en revue les formes cliniques qu'aujourd'hui les auteurs admettent comme typiques (2).

Tout d'abord, on distingue deux grandes classes : 1^o les *purpuras secondaires* symptomatiques ou consécutifs à un état pathologique préexistant ; 2^o les *purpuras primitifs* dans lesquels l'hémorragie cutanée semble constituer le phénomène essentiel de la maladie. Les *purpuras secondaires* s'observent parfois comme complication d'autres *affections cutanées* en particulier de l'érythème polymorphe et de l'urticaire (*purpura urticans* de WILLAN). Ils peuvent aussi reconnaître pour cause des *altérations ou des troubles fonctionnels du système nerveux*, l'ataxie par exemple (STRAUSS), la névrite sciatique (FAISANS) (3), les névroses (sigillations

(1) ARRAGON. *Arch. de physiologie*, 1883.

(2) E. GAUCHER, *Traité des maladies de la peau*, T. II.

(3) FAISANS, *Des hémorragies cutanées liées à des altérations du système nerveux et, en particulier, du purpura myélopathique*, Th. de Paris, 1882.

de la face des épileptiques, stigmates des hystériques); des *intoxications* (iodures alcalins, quinine, etc.) ou encore à des *auto-intoxications* (ictère, mal de Bright, asystolie).

Les *purpuras primitifs*, c'est-à-dire ceux qui paraissent ne se rattacher à aucun état pathologique classé, présentent à considérer trois variétés (1) : le purpura rhumatoïde, le purpura infectieux primitif et la maladie de WERLHOF.

Ce sont là les trois formes cliniques intéressantes à retenir, et avant que de passer à leur description sommaire, disons seulement que ces trois variétés, le purpura rhumatoïde particulièrement, peuvent s'observer aussi bien dans les purpuras primitifs que dans les purpuras secondaires, que cette division des purpuras en primitifs et secondaires est toute artificielle et que très probablement, il n'y a, entre les différentes formes cliniques auxquelles ce syndrome donne son nom, que des différences de degrés variables suivant l'intensité et la gravité de l'infection dont le purpura n'est que la manifestation cutanée.

Types cliniques

Le *purpura rhumatoïde* est la forme commune du purpura. Caractérisée par une éruption purpurique, des phénomènes rhumatoïdes et des troubles gastro-intestinaux, cette variété clinique est une affection aiguë, fébrile, c'est également une maladie à rechutes dont la gravité des symptômes est très variable et qui peut

(1) MARFAN, *Traité des maladies de l'Enfance*, Art. Purpura.

revêtir tel ou tel aspect suivant la prédominance de l'un de ses symptômes.

L'éruption est constituée généralement par des pétéchies, parfois par des ecchymoses ; elle siège de préférence aux membres inférieurs et peut exceptionnellement se compliquer d'hémorragies muqueuses et viscérales. Les épistaxis en particulier sont assez fréquentes.

A l'éruption s'associe souvent un œdème blanc, dur, mobile, très fugace et dont l'étude sera l'objet de notre deuxième chapitre.

Les troubles gastro-intestinaux se traduisent par un état saburral des voies digestives, par des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation et fréquemment par des douleurs abdominales.

Semblables à celles du rhumatisme articulaire aigu, les arthropathies du purpura s'accompagnent d'un gonflement péri-articulaire, parfois d'épanchement articulaire ; la pression et les mouvements sont douloureux, mais contrairement à ce que l'on observe au cours du rhumatisme vrai ces arthropathies sont fixes et non mobiles.

Le purpura peut prendre les allures d'une maladie infectieuse (voir notre observation VI). L'intensité de la fièvre, la prostration physique du malade, les épistaxis, la prédominance de troubles gastro-intestinaux, la tuméfaction de la rate impriment au purpura un cachet spécial, un aspect typhoïde : c'est la *forme typhoïde du purpura* (Typhus angio-hématique, de LANDOUZY); sa durée, variable, est d'environ trois à quatre semaines ; le malade succombe par les progrès de

l'adynamie, parfois dans le coma. C'est principalement dans cette forme que l'on a signalé la gangrène développée au niveau de la tache purpurique ou ecchymotique. Quoique très grave, cette forme n'est pas toujours fatale.

Dans d'autres cas les phénomènes nerveux et les hémorragies sont plus accentués, la maladie suit une marche suraiguë. Il survient des convulsions, de la diarrhée, des vomissements ; l'état adynamique s'aggrave rapidement, il y a du délire, la température est très élevée, les sueurs et les urines sont rares et le malade tombe dans le coma. La mort est la règle en trois ou quatre jours : c'est la *forme suraiguë du purpura* (purpura fulminans, de HENOCHE ; purpura infectieux foudroyant, de GUELLIOT).

Il y a une autre forme clinique de purpura, une forme d'allure généralement bénigne, c'est la *maladie de Werlhof*. Caractérisée par des hémorragies multiples cutanées et muqueuses, survenant brusquement chez un individu en pleine santé, elle se traduit par l'apparition sur la peau de pétéchies, de vibices et surtout d'ecchymoses parfois très étendues, ainsi que par des hémorragies viscérales, nasales et stomacales particulièrement.

Malgré ces apparences bruyantes, elle évolue d'une façon bénigne, sans fièvre ; l'état général reste bon et la guérison s'effectue ordinairement au bout de huit, dix, ou quinze jours.

Au lit du malade on éprouve parfois de grandes difficultés à rattacher un cas de purpura à l'une de ces variétés. C'est qu'en effet il n'existe pas entre les diffé-

rents cas de purpuras des différences essentielles et rien n'est irrégulier comme leur évolution : il est très difficile de dire au début de l'un de ces cas comment dans la suite il se comportera et l'on a vu des cas considérés comme bénins revêtir tout à coup une forme suraiguë ; l'apyrexie elle-même n'est pas toujours un gage de bénignité.

Quant à l'éruption, sa valeur séméiologique est absolument insuffisante ; nous savons en effet que ces caractères morphologiques ne correspondent pas à une étiologie et à une pathogénie différentes et que dans des cas graves ou bénins elle peut se présenter sous des aspects identiques.

D'après ce qui précède on voit qu'il peut exister cliniquement un grand nombre de variétés de purpuras, mais il ne faut voir entre ces variétés que des différences de degrés, variables suivant l'intensité de l'infection.

Etiologie, Nature et Pathogénie

En établissant au début de cette étude une division entre les purpuras primitifs et les purpuras secondaires, nous avons vu combien sont nombreuses les causes capables d'occasionner l'éruption purpurique : citons tout d'abord les maladies infectieuses, puis les auto-intoxications et les intoxications hétérogènes et bien plus rarement les causes locales.

Il y a des cas cependant dont l'origine toxi-infectieuse ne peut être affirmée : leur nombre, il est vrai, diminue tous les jours tandis que s'accroît d'autant

la classe des purpuras infectieux. On a invoqué alors comme cause du purpura le froid, les émotions, les traumatismes, etc. L'âge paraît exercer une influence plus réelle sur l'apparition de l'éruption purpurique qui s'observe surtout dans la seconde enfance.

Dans cette étude purement clinique nous ne parlerons de la pathogénie du purpura que pour dire qu'elle est encore bien obscure. On a invoqué tour à tour des altérations des vaisseaux, du sang, du système nerveux, mais la cause première de ces altérations est encore inconnue : actuellement on tend à faire jouer aux toxi-infections le rôle prépondérant, cependant s'il paraît à peu près certain que les toxines peuvent déterminer des altérations du sang et des troubles du système nerveux, des vaisseaux ou d'autres organes (foie, rein, rate), il faut ne point oublier les causes qui, comme le froid, la misère, le surmenage physique et intellectuel, sont capables de mettre le sujet en état de moindre résistance, et tenir compte des prédispositions individuelles.

Si la nature infectieuse(1) de tous les purpuras secondaires et de beaucoup de purpuras dits primitifs est aujourd'hui universellement admise, le mécanisme si complexe de la lésion purpurique est encore loin d'être élucidé.

Les purpuras à la clinique médicale infantile

Pour compléter cet aperçu clinique nous avons cru utile de donner une vue d'ensemble sur ce qu'a été le

(1) SORTAIS *Le purpura, considérations étiologiques et pathogéniques*, Th. de Paris, 1896.

purpura à la clinique de notre maître M. le Professeur HAUSHALTER.

Sur vingt-six observations consultées, il s'agit de quatorze garçons et de douze filles, âgés de 3 à 11 ans, avec un maximum de cas de 3 à 4 ans (huit cas).

Un des petits malades est entré en service pour purpura le même jour que l'on y recevait sa sœur pour érythème noueux. Ce fait est assez intéressant à noter étant donné que certains auteurs établissent une grande similitude, une parenté très proche, entre ces deux affections ou mieux entre ces deux syndromes (CLAUDE).

Onze fois nous avons relevé des maladies infectieuses dans les antécédents (rougeole, variole, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) mais dans aucun cas nous n'avons noté la coexistence de ces états infectieux avec l'éruption purpurique.

Dans vingt observations, l'éruption a été le premier symptôme, unique dans huit cas, accompagné dans cinq cas d'œdèmes et de douleurs, dans quatre cas de troubles digestifs et d'épistaxis dans trois cas.

Précédant l'éruption, nous avons vu apparaître comme symptômes de début une fois l'épistaxis (1), trois fois les œdèmes, et des troubles digestifs deux fois.

Dans toutes les observations que nous avons recueillies, l'éruption a pour siège les membres inférieurs; plus rarement, le tronc et exceptionnellement

(1) Ce cas se rapporte à une fillette de 7 ans qui, ainsi que plusieurs de ses oncles, présentait chez elle des épistaxis fréquentes.

la face présentent des taches purpuriques. L'éruption se compose rarement de papules, en général de pétéchie et d'ecchymoses disséminées irrégulièrement.

L'éruption a récidivé dans la moitié des cas et a présenté, chez un petit garçon de 7 ans, jusqu'à trente poussées successives.

Au cours de la maladie, les hémorragies sont rarement signalées : nous n'avons relevé que quatre cas avec épistaxis, trois avec entérorragies et deux avec hématuries. L'albumine n'est décelée également que dans trois observations.

Les œdèmes sont plus fréquents : nous les avons rencontrés huit fois aux membres et deux fois à la face (V. Observations I et II). Ils sont généralement accompagnés d'assez violentes douleurs. Nous attribuons également à de l'œdème (œdème profond de la paroi abdominale et œdème encéphalique) certains phénomènes que nous rapportons dans nos observations I, II et III.

Sur les vingt-six observations que nous avons consultées, dix fois le purpura a évolué sans température. Ces dix cas de purpura apyrétique se sont terminés par la guérison, en moins de quinze jours généralement, un seul a duré six semaines. Les autres cas de purpura, suivis de guérison, ont présenté au cours de la maladie des oscillations thermiques variant entre 37°5 et 38° et, d'une façon générale, ont eu une évolution plus longue (plusieurs semaines et même plusieurs mois) que les précédents.

Deux cas furent suivis de mort : un petit garçon de 7 ans ayant au déclin de son purpura contracté la

coqueluche, mourut de broncho-pneumonie ; l'autre cas est celui d'une petite fille qui, épuisée par des épistaxis répétées, mourut au bout de sept semaines après avoir présenté les symptômes de l'anémie pernicieuse.

En résumé, la mortalité a été très faible ; dans la plupart des cas, le purpura a été bénin et a évolué vers la guérison d'autant plus rapidement que le malade présentait peu ou pas de température.

DES ŒDÈMES DANS LE PURPURA

LEURS CARACTÈRES

Souvent, chez des purpuriques, ayant ou non des antécédents rhumatismaux, on voit des douleurs articulaires occuper les jointures, celles des membres inférieurs de préférence, en même temps qu'on voit apparaître du gonflement articulaire ou péri-articulaire s'étendant sur une surface plus ou moins considérable et pouvant parfois en imposer, surtout lorsque ces phénomènes précèdent l'éruption purpurique, pour une poussée de rhumatisme articulaire.

C'est là ce que l'on appelle le purpura rhumatoïde, dont le gonflement ne doit point être confondu avec les œdèmes dont nous voulons parler et qui peuvent se rencontrer dans toutes les formes de purpura.

Nous ferons également abstraction des œdèmes que l'on observe chez les cardiaques, chez les rénaux, chez les cachectiques, et coïncidant parfois avec une poussée de purpura.

Nous ne parlerons donc que de ces œdèmes blancs mobiles, fugaces, rencontrés assez fréquemment au cours des purpuras et se localisant à tel ou tel endroit, sans règles fixes et par poussées successives.

Historique. — Déjà en 1798, WILLAN (1) citait un cas de purpura avec œdème récidivant, mais attribuait ces

(1) WILLAN. — *Loc. cit.*, p. 497.

phénomènes à une simple coïncidence. Ce fut, d'ailleurs, l'opinion généralement adoptée jusqu'en 1862, époque à laquelle FERRAND dans sa thèse, puis C. PAUL (1), considèrent l'œdème comme une manifestation du rhumatisme. Un peu plus tard, SOYER (2), rectifiant cette erreur, montre les analogies qui existent entre les poussées œdémateuses et l'éruption purpurique, mais, sous le nom d'œdème pourpré fébrile, il en fait, à côté de la maladie de WERLHOFF, une nouvelle forme clinique.

Depuis, beaucoup d'auteurs se sont occupés de ces œdèmes et se sont surtout efforcés d'en éclaircir la pathogénie. Citons COUTY (3), FAISANS, DU CASTEL (4), MARTIN DE GIMARD, MATHIEU (5), ADAM (6), APERT (7), SORTAIS, VIELLIARD. Comme celle du purpura, la pathogénie de ces œdèmes, malgré des travaux remarquables, reste encore fort obscure.

Symptomatologie — Le plus souvent, dit ADAM, rien ne fait prévoir l'apparition de l'œdème et du purpura. Ils ne sont l'apanage ni d'un sexe, ni d'un âge ; à toute époque de la vie on peut en être atteint, mais les enfants, en raison de la prédominance de cette maladie à leur âge, y sont particulièrement exposés.

C'est souvent au milieu de la santé la plus parfaite

(1) C. PAUL. — *Archiv. générales de médecine*, 1864.

(2) SOYER. — *De l'œdème pourpré fébrile, étude sur une forme particulière de purpura*, thèse de Paris, 1878.

(3) COUTY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876.

(4) DU CASTEL. — *Diverses espèces de purpura*, Paris, 1883.

(5) MATHIEU. — *Purpura hémorragique*, thèse, Paris, 1883.

(6) De l'œdème dans le purpura, thèse de Paris, 1892.

(7) APERT. — *Le Purpura, sa pathogénie, celle de ses diverses variétés cliniques*, thèse de Paris, 1897.

qu'apparaît subitement l'affection. Après quelques prodromes (douleurs vagues, malaises) auxquels il prête peu d'attention, le petit malade tout à coup se refuse à marcher tant est grande la douleur qu'il éprouve (Voir notre Observation II).

Dans d'autres cas la marche de la maladie est plus insidieuse : c'est alors seulement quand les accidents augmentent sensiblement d'intensité que le malade y prête attention et que le médecin note l'existence de l'œdème.

Il serait difficile de dire quel est celui des deux symptômes, œdème ou purpura, qui le plus souvent précède l'autre mais on comprendra facilement l'indécision que peut jeter dans l'esprit du médecin l'œdème précédant l'éruption purpurique.

Durs, blancs, parfois rosés, ces œdèmes souvent douloureux ont une physionomie particulière : apparaissant brusquement ils disparaissent de même, après une durée très courte (quelques heures à un ou deux jours), pour se porter ailleurs. Ce caractère les distingue nettement des œdèmes ordinaires qui, eux, après s'être installés peu à peu, persistent pendant un temps parfois très long, puis ne disparaissent que fort lentement, montrant ainsi une grande tendance vers la chronicité.

Fréquemment assez bien limité, le gonflement se localise en général aux membres inférieurs et de là peut s'étendre pour gagner les autres membres, les organes génitaux externes, parfois la face, plus rarement le tronc.

La peau de ces régions est blanche, dure, lisse, tendue ; le doigt y laisse son empreinte et la pression y est

souvent douloureuse. Si l'infiltration est considérable, il s'ajoute à ces caractères une sensation de lourdeur, de pesanteur et le malade éprouve de la difficulté à mouvoir ses membres œdématisés.

Le gonflement ne se limite pas toujours à la peau, il peut siéger dans les masses musculaires.

En même temps que se dessine l'œdème, parfois plus tôt ou plus tard, on voit apparaître les taches purpuriques ou les ecchymoses caractéristiques dont le siège n'est pas fatalement celui de l'infiltration.

A ce moment il existe généralement une élévation de la température qui, dans les observations que nous avons recueillies, oscillait entre 37°, 5 et 38°, 5 et même dans un cas atteignait 40°. Le cœur ne présente rien d'anormal ; il n'existe pas d'albumine dans les urines, fait important à signaler ; leur coloration et leur quantité sont normales, mais on note parfois, comme dans notre observation II, par exemple, une forte diminution des chlorures.

Bientôt l'œdème disparaît peu à peu, en général assez rapidement, cependant que les taches pâlisent puis s'effacent complètement. La fièvre tombe, l'appétit revient et le malade guérit... à moins que ne survienne une récurrence, alors la température remonte, cependant l'œdème est moins dur, moins douloureux, moins rouge que la première fois, mais l'état général s'altère rapidement, les muqueuses sont pâles et décolorées, puis les phénomènes s'amendent pour reparaitre encore et le malade peut ainsi subir plusieurs poussées successives. Généralement il fait les frais de sa maladie et guérit complètement.

Les récidives des œdèmes qui nous occupent sont chose assez fréquente ; la moindre dérogation au repos absolu, quelques minutes de station verticale par exemple suffisent chez certains malades pour occasionner une récidive, chez d'autres sujets la cause en reste introuvable ; il est rare cependant que l'œdème reparaisse plus de trois ou quatre fois et les récidives de l'éruption purpurique marquent seules en général la fin de la maladie.

S'il est de règle que la sérosité de l'œdème se résorbe très rapidement, dans quelques cas heureusement fort rares on a vu la plaque œdématiée se mortifier peu à peu et se terminer par la gangrène (Observation VI) qui, si elle n'amène pas la mort, ne guérit qu'au bout d'un temps très long et au prix de déformations et de cicatrices vicieuses.

Alternant avec les poussées œdémateuses ou purpuriques, on observe assez souvent des phénomènes gastro-intestinaux tels que vomissements, coliques, diarrhée ou constipation qui ont avec l'œdème ce caractère commun d'être parfois très fugaces.

Presque toujours les malades guérissent ; le pronostic de ces œdèmes est lié à celui du purpura. Pour établir leur diagnostic on se basera sur les caractères que nous avons signalés et on se rappellera que l'œdème purpurique est très mobile, fugace, blanc, parfois rosé, dur, souvent douloureux et qu'il peut procéder par poussées successives.

Ces œdèmes disparaissent d'eux-mêmes par le repos ; leur traitement sera celui du purpura.

Nous rapportons ci-après l'observation d'une petite

malade que nous avons eu l'occasion de suivre à la clinique médicale infantile. Mieux qu'une longue description littéraire elle donnera une idée précise de la mobilité des phénomènes que nous venons d'exposer.

OBSERVATION I

Purpura accompagné d'œdème de la face. — Crises douloureuses abdominales. — Convulsions fugaces. — Plusieurs récidives puis guérison.

Marguerite C... est âgée de 6 ans, ses antécédents ne présentent rien à signaler. Aux dires de sa mère, elle aurait eu sur le corps il y a environ deux semaines une éruption qui dura trois jours puis disparut. Depuis ce moment l'enfant se plaint continuellement de douleurs violentes dans le ventre, sans présenter toutefois ni diarrhée ni vomissements. La mère déclare en outre que, environ une semaine après le début de l'éruption, l'enfant aurait eu les bras et les jambes enflés pendant quatre jours. Elle n'a rien remarqué d'anormal dans les selles ni dans les urines, mais comme les douleurs de ventre persistent, elle se décide à faire entrer sa fille à l'hôpital le 5 février 1908.

C'est une petite fille assez bien constituée, mais de teint très pâle, présentant sur les membres inférieurs et sur les fesses de l'ecthyma à lésions un peu croûteuses sur une base légèrement indurée et contenant du pus furonculeux.

Le 6 février 1908 à la visite du matin on remarque sur les membres de la malade, surtout du côté de la flexion, une éruption purpurique qui n'existait pas la veille à son entrée.

Le ventre est mou et souple; les bruits du cœur sont nets et il y a ni fièvre ni albumine dans les urines.

Le soir le thermomètre marque 37° 3, la malade se plaint de maux de ventre et elle a eu quelques convulsions toniques des membres supérieurs.

Le 7 et le 8 apparaissent de nouvelles pétéchies aux mains qui sont œdématisées, la température varie entre 38 et 38° 5.

Le 13 février l'éruption pâlit; mais au niveau des régions temporales et frontales existe, surtout à gauche, un œdème considerable occupant le tiers antérieur du cuir chevelu.

Le lendemain l'œdème envahit tout le front et la face, les paupières sont closes; sur le cuir chevelu des ulcérations superficielles se forment au niveau de placards d'impetigo. L'examen des urines ne décele rien d'anormal; la température oscille autour de 37° 5.

L'œdème de la tête augmente encore le 15 février surtout du côté droit, pour disparaître presque complètement le lendemain, tandis que l'on voit apparaître une nouvelle éruption sur les membres inférieurs accompagnée de douleurs aux mollets. De nouvelles éruptions se produisent encore tous les cinq ou six jours; cependant l'état général s'améliore, la température tombe au-dessous de 37° et le 23 mars l'enfant quitte l'hôpital.

Dans cette observation, qui vient à l'appui de ce que nous disions plus haut, nous constatons qu'à aucun moment on n'a noté la présence d'albumine dans les urines; la maladie a évolué avec une température oscillant entre 37°3 et 38°5, et durant les six dernières semaines, si l'éruption a récidivé encore de nombreuses fois, l'œdème au contraire n'a pas reparu.

Mais ce qui doit surtout attirer l'attention, c'est la très grande mobilité de l'œdème accompagnant l'éruption et ses récidives: D'abord localisé aux jambes et aux bras, il gagne les mains, le cuir chevelu, puis la face. Le 15 février l'œdème de la tête atteint son maximum d'intensité, et le lendemain il est presque entièrement

disparu. Mobilité et fugacité tels sont donc les deux caractères essentiels de cet œdème.

Retenons encore de cette observation l'existence de crises abdominales passagères et de convulsions fugaces dans les membres supérieurs et nous aurons un ensemble de phénomènes dont le caractère commun est d'apparaître brusquement, de disparaître rapidement, pour réapparaître ensuite, en un mot d'être fugaces.

C'est ce caractère commun que nous avons voulu mettre ici en lumière. Dans la suite de ce travail nous rechercherons s'il peut exister un rapport entre l'œdème et certains symptômes, éphémères eux aussi, et que nous avons rencontrés dans quelques observations recueillies à la clinique médicale infantile.

LOCALISATIONS RARES DE L'ŒDÈME

Œdème profond de la paroi abdominale

Nous avons vu dans notre premier chapitre qu'il existe une forme clinique de purpura, le purpura rhumatoïde, caractérisé essentiellement par trois ordres de symptômes (SCHONLEIN) :

1° L'éruption purpurique qu'accompagnent assez souvent des œdèmes ;

2° Des manifestations rhumatoïdes ;

3° Des troubles gastro-intestinaux ;

Les trois termes de cette triade symptomatique peuvent présenter une intensité variable suivant les cas. Le troisième, en particulier, est souvent insignifiant ; parfois, au contraire, il peut par l'intensité de ses manifestations imprimer à la maladie une forme spéciale remarquable par les erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu. C'est qu'en effet on a vu les troubles gastro-intestinaux passer au premier plan, et être constitués par des douleurs abdominales violentes, des vomissements, des selles diarrhéiques ou de la constipation, symptômes auxquels s'ajoutent parfois un facies grippé, de la rétraction ou du ballonnement du ventre, un pouls péritonéal, d'où une grande

ressemblance avec les affections à syndrome péritonéo-abdominal. VIELLIARD a exposé ces faits dans un travail remarquable (1) où il rapporte plusieurs cas d'erreurs de diagnostic ayant provoqué des laparotomies inutiles.

Généralement ces troubles ne sont point aussi graves, et sont constitués par un état saburral des voies digestives, de l'inappétence, une faible douleur à la palpation du ventre et parfois des coliques intestinales. Ordinairement ces phénomènes surviennent brusquement et présentent une extrême fantaisie dans leur évolution.

Ces symptômes capricieux et complexes ont donné lieu à diverses interprétations et à de nombreuses hypothèses sur leur nature. Nous n'insisterons pas sur cette question, mais nous ferons remarquer que l'on peut rencontrer des cas où les phénomènes abdominaux peuvent fort bien être dus à autre chose qu'à un exanthème péritonéo-intestinal ou à des lésions nerveuses.

L'observation suivante nous montrera en effet qu'un œdème profond de la paroi abdominale peut s'accompagner de douleurs abdominales violentes et d'état saburral des voies digestives pouvant en imposer, si l'on n'y prête une grande attention, pour le banal syndrome gastro-intestinal.

(1) Eug. VIELLIARD. *Etude des crises douloureuses abdominales en rapport avec le purpura*. Thèse de Paris 1907.

OBSERVATION II

Purpura avec œdèmes mobiles. — Œdème profond douloureux de la paroi abdominale. — Guérison.

Il s'agit d'un petit garçon de huit ans, Georges L..., qui jusqu'alors avait été bien portant, lorsque, le 28 mai 1907, l'enfant se plaint brusquement le soir, au moment de sortir de classe, de douleurs très vives dans les jambes. Ne pouvant marcher on le transporta chez ses parents, et sa mère en le déshabillant constata sur les jambes la présence de petites taches rouges semblables à des piqûres de puce ; pendant la nuit l'enfant a de la fièvre et ses parents l'amènent à l'hôpital. A son entrée on constate un léger œdème des malléoles et des genoux et la présence de taches purpuriques.

Le 29 au matin, les taches ont beaucoup augmenté de nombre ; on note un bon état général. Il existe sur les membres supérieurs des taches ecchymotiques un peu brunâtres, des papules et quelques petites pétéchie. Sur le ventre se trouvent de petites taches ressemblant à des piqûres de puce. Des pétéchie et quelques papules sont disséminées sur les membres inférieurs, et, sur les mollets, on constate l'existence de petites taches ecchymotiques de la grosseur d'une pièce de vingt centimes.

Les mouvements articulaires ne sont pas douloureux.

Les bruits du cœur sont nets et il n'y a pas d'albumine dans les urines.

A la percussion, on constate que la matité hépatique s'étend sur une hauteur de onze centimètres. La rate est peu perceptible.

Le malade présente une langue blanche et de la diarrhée fétide ; il n'a pas de température.

Le 31 mai, les taches prennent une teinte brune, la diarrhée diminue.

Le 1^{er} juin, le poignet gauche est douloureux.

Le lendemain, le purpura a disparu ainsi que l'œdème des membres inférieurs : sur le bras seulement, existent encore quelques éléments maculo-papuleux ecchymotiques. *Le front, la région temporale et le cuir chevelu sont très œdématisés*, la pression en est douloureuse et y laisse l'empreinte du doigt.

Les mouvements des articulations n'occasionnent plus de douleur, mais le malade se plaint d'une *douleur très vive dans le flanc gauche*. La percussion même est pénible pour le petit malade, et révèle une *matité correspondant à la région splénique* et s'étendant depuis deux doigts en dessous des fausses côtes jusque dans la fosse iliaque. Au niveau de cette matité existe une *voussure légère*.

La matité hépatique dépasse de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes.

Les bruits du cœur sont nets ; la respiration est normale. L'enfant a une langue très blanche, mais n'a pas de diarrhée.

La température est de 36°8 le matin ; les urines peu abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

Le soir, le thermomètre marque 37°6.

Le 3 juin, la douleur est moins vive dans le côté gauche, mais la percussion abdominale donne les mêmes résultats que la veille tant à droite qu'à gauche.

L'œdème du front a diminué, mais la face à son tour est très œdématisée.

Les urines, toujours peu abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

La température est de 37°4 le matin, et de 37°6 le soir.

L'analyse totale des urines des vingt-quatre heures (400 centimètres cubes) recueillies du 3 au 4 juin dénote une *forte diminution des chlorures*.

Le 5 juin, *l'œdème est diminué et le lendemain il est presque disparu*. Sur le bras existe une éruption de papules assez nombreuses, de la grosseur d'un grain de riz. La matité hépatique est toujours la même, mais *dans le flanc*

gauche la douleur disparaît, la voussure n'existe plus et la sonorité redevient normale.

Le 7, les papules du bras sont presque disparues et à partir du 9 juin l'enfant n'a plus rien présenté d'anormal.

Dans cette observation comme dans notre observation I nous constatons encore une fois la mobilité et la fugacité des œdèmes qui accompagnent le purpura, mais ce qui appelle surtout notre attention, c'est cette douleur violente apparue un jour brusquement dans le flanc gauche. Cette douleur est pénible pour le petit malade surtout à la palpation ou à la percussion, et elle s'accompagne d'un état saburral de la langue et d'une température peu élevée. Au niveau de la douleur existe une voussure de la paroi, et de la matité à la percussion. Cette matité est assez considérable, elle commence à deux travers de doigts en dessous du rebord des fausses côtes et descend jusque dans la fosse iliaque.

Etant donné le siège de la matité et son étendue, on pense de suite à une hypertrophie splénique, et comme ces signes physiques se sont développés très rapidement, en moins de douze heures, on admet l'hypothèse d'un infarctus de la rate après avoir éliminé toute idée de troubles péritonéaux et intestinaux.

Mais voilà que trois jours plus tard on voit, en très peu de temps, disparaître à la fois douleur et matité et la voussure de la paroi n'être plus perceptible. Il ne pouvait donc s'agir en ce cas de mégalosplénie, d'infarctus de la rate. Quelle était donc la cause des symptômes observés ?

■

Remarquons tout d'abord la très grande mobilité des œdèmes observés dans ce cas particulier. Le jour même où l'on notait les signes physiques abdominaux l'œdème des membres inférieurs disparaissait en même temps que le cuir chevelu et une partie de la face présentaient à leur tour un œdème considérable.

Si nous comparons d'autre part les caractères des symptômes abdominaux observés avec les caractères des œdèmes nous retrouvons dans deux cas la même apparition brusque, la même disparition rapide, et, en outre, de la douleur.

Etant donnés ces caractères, étant donné de plus que rien ne permettait de faire des phénomènes observés la manifestation d'une affection péritonéo-intestinale ou d'un infarctus splénique, il venait tout naturellement à l'esprit de considérer la voussure de la paroi, la matité et la douleur du flanc gauche comme symptomatiques d'un œdème localisé dans cette paroi. Il va sans dire qu'il ne s'agit pas ici de ces œdèmes reconnaissables à la vue autant qu'au toucher comme le malade en présentait d'ailleurs sur la face et le cuir chevelu ; la localisation de l'œdème est ici moins superficielle, elle ne se révèle à la vue que par la voussure de la paroi, on n'y observe ni blancheur ni dureté de la peau, le doigt n'y laisse pas son empreinte : il s'agit dans ce cas d'un œdème profond, sous péritonéal, de la paroi abdominale.

M. VIELLIARD, dans sa thèse remarquable que nous avons citée plus haut, dit avoir rencontré lui aussi un cas d'œdème profond de la paroi abdominale chez un malade atteint de purpura et de crises douloureuses

abdominales, mais l'observation de ce malade n'est pas rapportée.

Peu signalés dans la littérature médicale, des cas semblables ne doivent cependant pas être d'une telle rareté. On remarquera, en effet, combien il est facile et combien on est enclin, chez un malade atteint de purpura, à rapporter les douleurs abdominales qu'il éprouve à des coliques violentes dues elles-mêmes au purpura intestinal ou péritonéal. Seul un examen minutieux peut, en révélant les signes physiques, faire découvrir la vraie cause de la douleur : l'œdème profond de la paroi abdominale.

Œdème encéphalique

Dans la majorité des cas le purpura évolue assez rapidement vers la guérison. L'hémorragie cutanée, qui en est le signe pathognomonique, peut s'accompagner d'œdèmes, de douleurs rhumatoïdes, de troubles gastro-intestinaux. Mais si ces symptômes semblent exercer une certaine influence sur la durée de la maladie, ils sont en général insignifiants au point de vue du pronostic qui rarement en est assombri.

Il n'en est plus de même de certains phénomènes nerveux qui, dans des cas heureusement rares, dénotent une gravité toute spéciale de l'affection. Ces symptômes nerveux prédominent particulièrement dans les formes suraigües du purpura et l'on voit alors le malade présenter des convulsions, du délire,

de l'hyperthermie, tomber dans le coma et être emporté en trois ou quatre jours.

Cependant à côté de ces faits, il peut exister des phénomènes nerveux ne présentant pas une aussi grave signification, et depuis longtemps on connaît et on a décrit ces ictus apoplectiques qui paralysent subitement un malade au cours ou au déclin d'un purpura hémorragique. Dans ces cas le diagnostic est aisé : chez les purpuriques, comme chez les athéromateux, ces ictus sont dus à un épanchement sanguin intéressant les centres nerveux (DUPLAIX, STEFFEN). Il en résulte une paralysie plus ou moins considérable suivant l'intensité de la lésion nerveuse, paralysie qui ne guérira qu'à la longue, longtemps après la disparition du purpura.

Ces paralysies peuvent avoir une évolution différente et par suite, une toute autre signification. Nous avons eu, en effet, l'occasion de recueillir à la clinique médicale infantile une observation très intéressante à ce point de vue. Il s'agit d'une fillette qui, quelques jours après l'éruption purpurique, est prise brusquement de convulsions, tombe dans le coma et présente ensuite des phénomènes paralytiques très nets. A ce moment, on considère ces troubles nerveux comme symptomatiques d'une lésion encéphalique grave ; mais voilà que, tout à coup, le jour même de leur apparition, ces phénomènes s'amendent et disparaissent avec la brusquerie du début ; le lendemain il n'en reste aucune trace et le purpura suit normalement son cours.

Exposons d'abord cette observation, nous étudierons

et discuterons ensuite la cause capable d'occasionner des troubles nerveux aussi intenses et d'une telle fugacité.

OBSERVATION III

Purpura exanthématique. — Symptômes méningitiques ; convulsions, coma, puis parésie passagère du bras droit. — Hématuries. — Guérison au bout de huit semaines.

Pauline B..., âgée de 10 ans, se trouvait à la clinique infantile en traitement pour pelade, à l'hospice J.-B. Thiéry, lorsque, le 4 juin 1900, elle se plaignit de *maux de tête* en même temps qu'elle avait de fréquents *vomissements* accompagnés de *constipation*.

Le lendemain, on constatait une éruption de purpura sur les membres inférieurs ; la température oscillait autour de 38°.

Dans la journée du 10 juin, l'enfant présente à *trois reprises des convulsions généralisées accompagnées de maux de tête violents*. Le soir elle tombe dans un état comateux, qui dure deux heures et auquel succède de la parésie du bras droit. Cette parésie n'est que passagère et disparaît rapidement.

Le 11 juin, quelques taches de purpura réapparaissent.

Le 13, on constate une éruption de purpura ortiésymétrique sur les fesses et sur le tiers inférieur des jambes.

Le 16 juin, l'enfant se plaint toujours du mal de tête, elle a de l'insomnie et elle éprouve des douleurs très vives dans tous les membres, au niveau des masses musculaires. La température oscille entre 37°5 et 38° et l'examen des urines y dénote la présence d'albumine.

Jusqu'au 20 juin, les douleurs augmentent.

Le 21, la fillette est transportée au pavillon V. Mauvais ; à ce moment, on note un bon état général ; il n'existe pas d'amaigrissement ni d'atrophie musculaire. Sur le corps se trouvent les traces des anciennes pétéchie, à côté des-

quelles on remarque à la partie latérale externe de la fesse droite et au coude gauche celles d'une nouvelle éruption apparue depuis la veille au soir. Les mouvements, la pression, même légère, des masses musculaires des membres sont très douloureux et arrachent des cris à la malade.

On administre deux grammes de salophène; les jours suivants les douleurs diminuent et les pétéchies pâlisent.

Le 25 juin, les urines de la malade sont foncées, verdâtres, et contiennent du sang. Il existe quelques nouvelles pétéchies sur les fesses; sur la face postérieure des deux bras, quelques papules ortiées d'aspect ecchymotique, ainsi que sur le front et les tempes.

Le 27 et le 28 juin les urines, par moments, sont rouges, sanguinolentes et l'examen microscopique y décèle la présence de nombreux globules rouges et l'absence de cylindres. A d'autres moments, les urines sont claires et leur composition normale. A signaler quelques nouvelles taches pétéchiales sur le dos du pied droit. On administre de l'ergotine en potion.

Le 2 juillet, l'enfant accuse des douleurs légères au niveau des deux genoux, des deux coudes, des épaules, le long du sterno-mastoïdien droit. Malgré l'administration de deux grammes de salophène pendant huit jours, d'ergotine et de sérum gélatineux, l'état général de l'enfant reste sensiblement identique jusqu'au 14 du même mois; on fait, à ce moment, une deuxième injection de trente centimètres cubes de sérum gélatineux et le sang disparaît des urines.

A partir de ce moment, l'enfant commence à aller mieux elle se lève même un peu le 18 et le 19: aussi le 20 juillet voit-on réapparaître une nouvelle éruption sur les deux jambes avec un peu d'œdème malléolaire.

Mais le 24, cette éruption est déjà disparue, l'enfant va bien, ses urines sont claires, et le 29 juillet elle quitte l'hôpital et est envoyée en convalescence à l'hospice de Maxéville.

Dans cette observation si intéressante, il s'agit d'une fillette de 10 ans, qui, après avoir présenté durant 24 heures de la céphalée et des vomissements, porte sur les membres des taches purpuriques. Cinq jours après, l'enfant présente plusieurs fois dans le courant de la journée des convulsions généralisées, elle tombe dans le coma, et quand elle en sort, deux heures plus tard, elle se trouve être parésiée du bras droit. Le lendemain, tout est disparu et le purpura évolue ensuite vers la guérison, sans autre complication que de l'hématurie.

Si, en dehors de toute localisation, nous considérons les phénomènes observés, nous retrouvons ici les caractères de durée sur lesquels nous avons insisté dans les chapitres précédents à propos d'autres symptômes : brusquerie d'apparition, courte durée, puis disparition rapide et complète.

Cela nous surprend d'autant plus que nous ne sommes pas habitués à voir des symptômes nerveux de cette intensité rétrograder en si peu de temps.

Aussi, si nous cherchons quelle peut être la cause de ces phénomènes, nous devons éliminer d'emblée toute idée de lésion cérébrale profonde et en particulier l'hémorragie des centres nerveux, signalée au cours des purpuras, car les épanchements sanguins du cerveau ou des méninges, s'ils ne tuent pas le malade en quelques instants, le paralysent et le rendent impotent pour longtemps ; or, l'évolution de la maladie chez notre fillette nous a appris que le lendemain même de l'apparition de ces troubles nerveux il n'en restait plus aucune trace.

Nous sommes donc conduits tout naturellement à envisager l'hypothèse d'une irritation corticale.

Tout d'abord nous ne pensons pas que l'on doive considérer les convulsions observées chez notre malade, du même ordre que ces convulsions banales que l'on observe fréquemment chez les tout jeunes enfants ; notre cas se rapporte à une fillette dans sa onzième année, ce n'est plus à cet âge que l'on voit les convulsions marquer le début d'une maladie grave.

Si en raison de la céphalée et des vomissements du début, on était tenté de faire des phénomènes observés la manifestation d'une méningite simple ou cérébro-spinale, l'absence de contracture, de strabisme et surtout, encore une fois, l'évolution de la maladie feraient raison de cette hypothèse.

On a dit que les symptômes nerveux observés au cours ou à la suite des infections avaient pour caractères d'être passagers et de guérir complètement. Très rares d'ailleurs, ces cas qui ne s'observent guère qu'au cours de la scarlatine, s'ils guérissent complètement, ne présentent cependant pas cette fugacité que nous avons signalée comme caractéristique des phénomènes observés chez notre fillette.

Nous en sommes réduits à rapporter la cause de ces symptômes éphémères à une lésion éphémère comme eux. Or nous savons, et dans notre deuxième chapitre, nous nous sommes particulièrement appliqués à établir ce rapprochement, nous savons combien sont fréquents dans le purpura ces œdèmes erratiques et fugaces, accompagnant l'éruption et ses récidives.

Ce que nous observons du côté de la peau peut

aussi fort bien se produire du côté des séreuses et des viscères ; dans quelques autopsies déjà, on a signalé la présence de taches purpuriques sur la séreuse péritonéale. Dans des cas plus rares, on a rencontré des œdèmes viscéraux (1).

Aussi nous pensons que la cause directe des troubles nerveux signalés dans notre observation III doit-être recherchée soit dans l'œdème, soit dans l'exanthème cérébral ou méningé.

L'éruption purpurique cependant met en général plusieurs jours pour disparaître et si nous la considérons comme la cause des troubles observés nous comprenons mal la disparition de ces symptômes après une durée de douze heures à peine.

Il nous faut donc admettre l'œdème cérébral ou méningé comme vraisemblablement la cause des phénomènes observés dont les caractères s'expliquent alors très aisément par la fugacité de leur cause et sa mobilité.

Une autre question se pose maintenant : en quelle région de l'encéphale se trouve localisé cet œdème ?

Ce diagnostic anatomique est assez simple à discuter : les troubles fonctionnels observés, nets et limités, nous font rejeter d'emblée toute idée de localisation diffuse à la surface du cerveau ou de localisation basi-

(1) Mentionnons l'autopsie d'un enfant de deux mois, qui mourut en trois jours d'un purpura hémorragique avec œdème des membres inférieurs : il existait de l'œdème de la pie-mère et du cerveau, ainsi que des taches punctiformes hémorragiques sur les muqueuses stomacale et intestinale (ETLINGER. Zur Casuistik des Morbus Maculosus Werlhoffii, purpura hémorragica, im Säuglingsalter. *Arch. für Kinderheilk.*, 1898).

laire et considérer la région motrice fronto-pariétale gauche comme le siège probable de la lésion.

Que l'œdème siège dans les méninges ou qu'il siège à la surface même de l'écorce cérébrale, les symptômes seront les mêmes et, pour trancher cette question, seule l'autopsie peut apporter des preuves matérielles.

En résumé, étant donné l'évolution de la maladie, l'apparition et la disparition brusque des symptômes nerveux et leur localisation, nous estimons très vraisemblable de leur attribuer pour cause un œdème fugace existant au niveau de la région corticale des centres moteurs du membre intéressé.

Dans notre observation I, nous avons signalé chez une enfant de 6 ans *quelques convulsions toniques des membres supérieurs* survenues brusquement un soir, quinze jours environ après le début de la maladie. En raison des caractères de ces symptômes, de leur localisation et de la coexistence chez cette malade d'œdèmes très mobiles, et de l'évolution bénigne de la maladie, nous n'hésitons pas à faire également remonter la cause de ces symptômes à de l'œdème siégeant à la surface du cerveau.

C'est encore à la même cause que nous attribuons les troubles nerveux signalés dans les observations suivantes :

OBSERVATION IV (résumée).

Purpura hémorragique suite de bain de mer.

Convulsions. — Guérison.

Purpura hémorragica following sea bathing, Dr Edward

TONGE (*Brit. med. Journal*). 3 janvier 1903).

Le 17 juillet, un enfant de cinq ans présente des vomisse-

ments, des douleurs lombaires et une petite éruption pétéchiale particulièrement sur la poitrine.

Rien à l'examen du cœur, des poumons et des reins. Température 39°.

Le jour précédent, l'enfant étant en pleine santé avait pris son premier bain ; les accidents se montrèrent le soir même.

Le lendemain, l'enfant devint anémique, présenta un hématome du volume d'un œuf dans la région poplitée gauche et une large ecchymose de cinq centimètres allant de l'ombilic au pubis. Il y avait d'autres ecchymoses, d'étendue variable, sur les jambes et les bras, et au côté interne des joues et des lèvres. Sang dans les urines et les selles. Pas de fièvre.

On reconnaît un purpura et on prescrit le repos, la diète lactée, l'acide sulfurique dilué.

Une semaine après, convulsions à gauche, hyperthermie, (41°5), pouls à 110. Vessie de glace sur la tête, affusions froides, lavement purgatif. Six heures après, la température tombe à 37°5 et les convulsions cessent. La guérison du purpura s'effectue ensuite lentement, mais complètement.

OBSERVATION V

Purpura rhumatoïde avec crises douloureuses abdominales et convulsions violentes. — Guérison en douze semaines.

(M. Eug. VIELLIARD, Thèse de Paris, 1907).

Lec. Paul, âgé de 9 ans 1/2, depuis sa naissance n'avait jamais été malade.

Le mercredi 27 février il tombe, et « à la suite » de sa chute a le genou enflé.

Le lendemain, il se plaint encore du genou.

Le surlendemain, il commence à se plaindre du ventre. La douleur augmente de plus en plus ; l'insomnie est complète ; il pousse des cris pendant les paroxysmes et

indique la région ombilicale comme point maximum de la douleur.

Apparition de vomissements alimentaires qui deviennent ensuite verdâtres, ne contenant pas de sang. Selles diarrhéiques très fétides, non sanglantes. Le ventre est plutôt rétracté, jamais ballonné. Le malade prend des positions bizarres. Il est impossible de lui faire supporter la glace que le médecin a ordonnée.

Du vendredi 1^{er} mars au mardi 5, jour de l'entrée, les douleurs très violentes du ventre continuent, cependant avec quelques accalmies. Il y a aussi de la céphalée, mais il n'a jamais eu d'autres douleurs articulaires que celle du genou signalée plus haut et qui a cessé très rapidement.

A aucun moment il n'a eu aucune tache sur la peau (les parents sont affirmatifs sur ce point).

Le mardi 5 mars on voit un deuxième médecin qui, devant les douleurs abdominales et les vomissements, fait le diagnostic d'appendicite et conseille le transfert d'urgence à l'hôpital, parce que l'opération est nécessaire.

Le malade entre donc le soir à l'hôpital Trousseau, il est placé dans le service de chirurgie. Il souffre du ventre, mais sans localisation nette. Le ventre n'est pas ballonné, mais plutôt rétracté. Le malade est mis à la glace et à la diète.

Le lendemain, l'état général est bon, les douleurs sont calmées ; mais le surlendemain, dans la nuit du jeudi, il se plaint de douleurs atroces dans le ventre. Il pousse des cris répétés, prend des positions bizarres, se tord dans son lit. Le ventre est néanmoins absolument souple. Le faciès exprime une douleur intense, mais n'est pas péritonéal. Le pouls rapide, un peu irrégulier, est à 120. Il n'y a pas eu de vomissements.

Le lendemain, vendredi 8 mars, les douleurs sont calmées, le malade va à la selle sans rendre de sang dans ses garde-robes ; il est plutôt constipé.

Samedi 9 Dans la nuit, nouvelles douleurs violentes, à début brusque, surtout au niveau du creux épigastrique qui

est très sensible. De 9 heures du soir à 3 heures du matin, le malade crie sans cesse empêchant toute la salle de dormir. On vient chercher deux fois l'interne de garde ; la morphine, en injection sous-cutanée, apaise seule la douleur. Il n'y a pas eu de vomissements.

10 et 11 mars. Rien à signaler, plus de douleurs abdominales ; le patient n'a eu à aucun moment de douleurs articulaires.

12 mars. Pour la première fois, quinze jours après le début de douleurs de ventre, apparaissent des taches de purpura. Ce sont des macules purpuriques typiques, petites, disséminées sur les deux avant-bras et le dos des mains. Aux deux coudes, larges taches ecchymotiques violacées occupant la face d'extension sur une très large étendue, surtout du côté droit.

Il n'y a pas de taches ailleurs, cependant sur les genoux et le dos des pieds, il y a quelques taches rougeâtres qui paraissent être le début d'une éruption purpurique.

Le ventre est très souple, sauf dans la région épigastrique qui est légèrement douloureuse. La fosse iliaque droite est facile à palper à fond. On n'y sent absolument rien.

La langue est nette. Les réflexes rotuliens sont abolis.

On administre deux grammes de chlorure de calcium.

L'enfant, qui était dans un service de chirurgie, est passé en médecine dans le service de M. Bouilloche.

13 mars. Les traces rougeâtres des genoux et des pieds sont devenues plus accentuées, et sont maintenant des taches de purpura typique. Quelques petites taches apparaissent sur les cuisses, sur la face externe, symétriquement.

Les douleurs abdominales sont calmées. La langue est un peu blanche. Les réflexes rotuliens sont abolis.

La ponction lombaire est pratiquée : le liquide est clair et ne renferme aucun élément.

Le malade a des selles contenant quelques membranes, un peu sanguinolentes.

14 mars. Dans la nuit, encore quelques douleurs abdominales et un vomissement alimentaire.

15 mars. Rien à noter, l'éruption de purpura pâlit rapidement.

20 mars. Nouvelles douleurs abdominales. L'enfant se tient couché en chien de fusil en poussant des gémissements. Il a un vomissement alimentaire.

21 mars. Le matin, l'enfant se plaint du ventre, mais les douleurs abdominales ne paraissent pas très violentes. Il est couché à plat ventre sur son lit. Il a un vomissement alimentaire avec des parties verdâtres. On lui donne une pilule de 0,01 centigramme d'extrait thébaïque. Les douleurs se calment, mais vers une heure, *l'enfant est pris, sans pousser un cri, progressivement de convulsions*. Il ne parle plus, ses yeux et sa tête se tournent vers la droite. Il y a quelques convulsions dans les doigts. *En une heure la situation empire rapidement. Les convulsions se généralisent, mais prédominent à droite*, avec déviation conjugée de la tête et des yeux du même côté. *Il y a de violentes contractions des muscles de la face, surtout dans la partie droite*. L'enfant est raide, courbé en arc de cercle, en véritable opisthotonos. *Il y a perte de connaissance coupée de quelques gémissements. Les convulsions demeurent très violentes, incessantes. Les extrémités se refroidissent, la face se cyanose*. La ponction lombaire, qui paraît pratiquée *in extremis*, donne un liquide clair qui s'écoule goutte à goutte. Il ne renferme aucun élément.

L'enfant est sondé, il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Le malade paraît râler; des paroxysmes violents de convulsions le secouent par instants; il semble absolument près de mourir.

Cependant, *contre toute prévision peu à peu les convulsions diminuent, puis cessent après avoir duré pendant cinq heures*. La parole revient peu à peu ainsi que la connaissance. La nuit est bonne.

22 mars. *Le lendemain l'enfant est bien*. Il ne se rappelle

de rien. Le facies est bon et ne garde *aucune trace de la terrible crise que le patient vient de traverser*. Les douleurs abdominales ont disparu. *Pendant tout ce mois l'enfant n'a jamais présenté de fièvre.*

Pas d'éruption de purpura, seulement une ecchymose allongée sur la face antérieure de la jambe gauche. Pas d'albumine dans les urines.

23 mars. Bon état général, plus de douleurs abdominales. On lui administre du calomel et 0,10 centigrammes de santoline. Le soir, il est repris brusquement d'une violente douleur abdominale. Les douleurs augmentent, le malade pousse de véritables hurlements, il est plié en deux. Il a un vomissement alimentaire. On est obligé de lui faire une injection de quatre gouttes de morphine.

Toute la nuit, il a des selles sanglantes, extrêmement fétides et glaireuses, sans vers.

24 mars. Une nouvelle éruption de purpura est en train d'apparaître sur les pieds, les cou-de-pieds, sur les genoux, les avant-bras, les coudes, le prépuce. Le ventre est absolument souple. Il y a encore quelques légères douleurs pério-ombilicales.

27 mars. Bon état général, bon facies, rien à noter.

2 avril. Le malade va très bien ; il engraisse rapidement.

4 avril. On laisse lever un peu l'enfant. Immédiatement nouvelle poussée de purpura sur les membres inférieurs. Température : 38°.

8 avril. Quoique l'enfant fut resté couché, il a encore une petite poussée de purpura sur la verge ; quelques petites taches sur le haut des cuisses.

Le soir l'enfant ne se sent pas bien, il ne veut pas manger. Dans la nuit, il a un vomissement un peu verdâtre et un peu de douleur épigastrique. Le ventre est souple.

9 avril. Poussée de purpura sur les deux pieds. Le soir, douleurs abdominales plus vives, dans la région épigastrique. Application de compresses humides chaudes. Une

selle diarrhéique avec quelques filets de sang. Pas de vomissements, langue un peu saburrale.

Chlorure de calcium : 2 grammes.

Les jours qui suivent, très bon état général, mais on laisse l'enfant couché par prudence. Pas d'albumine dans l'urine.

L'enfant paraît guéri et sort le 21 avril, mais, en prévision d'une rechute, on prévient les parents, et on dit de le ramener à la moindre alerte.

En effet, quatre jours après sa sortie, il présente du purpura des jambes et des cuisses. En même temps il présente de l'œdème d'un genou et du pouce et du petit doigt de la main droite. Il y a quelques très légères épistaxis.

Trois jours après, il se plaint du ventre, du côté gauche et dans la région ombilicale. Il a aussi de la céphalée et des vomissements glaireux. Plusieurs selles en diarrhée.

Le malade rentre à l'hôpital, la guérison est rapide après quelques jours de lit. Elle paraît définitive et il sort en très bon état général le 13 mai.

Nous avons reproduit cette observation in-extenso parce qu'elle est très intéressante à plusieurs points de vue : tout d'abord elle est un exemple remarquable de ces crises douloureuses abdominales simulant les affections à syndrome péritonéo-abdominal, et que l'on a pensé jusqu'ici devoir expliquer soit par du *purpura intestinal* soit par une *lésion nerveuse* (médullaire, solaire ou sympathique) de plus nous y voyons l'éruption apparaître longtemps après les douleurs abdominales et les gonflements articulaires ; mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est, comme dans notre observation III, l'intensité et la fugacité des accidents nerveux, qui, dans le cas particulier, n'ont pas été accompagnés d'élévation de température. M. VIEL-

LIARD, qui rapporte ce cas dans sa thèse, dit avoir assisté à toute la crise et déclare qu'il ne peut s'agir d'épilepsie : jamais l'enfant n'avait rien présenté d'analogue, et dans la suite aucune crise ne reparut ; mais il n'en tente pas l'explication : nous pensons qu'il est très vraisemblable d'admettre, pour les mêmes raisons que dans nos observations précédentes, l'œdème encéphalique comme cause de ces phénomènes.

Si nous considérons l'œdème comme la cause des manifestations nerveuses que l'on rencontre parfois au cours des purpuras nous n'apportons pas à l'appui de notre argumentation des preuves matérielles qui nous font défaut, car si nous nous basons pour déduire nos conclusions sur les caractères propres des symptômes observés, nous tenons compte aussi de l'évolution de la maladie qui, dans nos observations, s'est terminée par la guérison.

C'est qu'en effet, nous l'avons dit en tête de ce chapitre, il ne faut pas chercher dans l'œdème la cause de tous les symptômes nerveux que l'on peut observer chez les purpuriques, et il y a des cas où ils indiquent tout simplement la réaction du système nerveux dans les infections graves : ce sont ces cas de purpuras à forme suraiguë ou à forme typhoïde dont la mort est la règle.

Nous avons eu l'occasion de retrouver dans la littérature médicale un de ces rares cas suivis de guérison, nous reproduisons l'observation en son entier afin de bien montrer les différences d'évolution qui existent entre ce cas et ceux que nous avons précédemment exposés.

OBSERVATION VI

Note sur un cas de purpura foudroyant suivi de guérison ;
par le docteur BOULLOCHE (*Soc. Méd. des Hôpitaux*,
27 octobre 1899).

G... Pierre est âgé de quatre ans et demi. Pas de maladies antérieures sauf varicelle et coqueluche.

L'enfant était parfaitement bien portant la veille, lorsque dans la nuit du 21 au 22 juin 1899, il fut pris de vomissements alimentaires ; vers dix heures du matin, on remarque sur tout le corps des taches d'un rouge vif extrêmement petites.

Dans la matinée, *deux secousses de tremblement généralisé ; à la suite de la deuxième, l'enfant perd connaissance ;* vers quatre heures de l'après-midi, les lèvres se cyanosent, l'œil devient hagard, l'enfant ne connaît plus personne, il prononce des mots incohérents, agite les mains dans l'espace. Les taches de purpura sont devenues très nettes. — T. R. 40°6.

Quand j'arrivai auprès de l'enfant à huit heures du soir, dix heures après le début des accidents, je le trouvai dans un état d'abattement complet, absolument sans connaissance, avec un délire tranquille, de la carphologie, le visage cyanosé, les lèvres bleuâtres ainsi que les mains. Température, 40°5. — Pouls à 180. — Respiration à 60.

Les membres inférieurs sont recouverts de taches et de vibices d'un rouge noirâtre ; on en observe seulement quelques unes, huit à dix environ, sur le tronc et sur la face, une petite siége sur la conjonctive oculaire de la partie externe de l'œil droit, il n'y en a que trois ou quatre sur les membres supérieurs. De plus il existe à la face externe de la partie moyenne de la cuisse droite une large ecchymose bleuâtre de trois à quatre centimètres de long sur douze à quinze millimètres de large et une autre, plus petite, sur la fesse du même côté. Leurs bords sont diffus et mal limités.

Examen des viscères absolument négatif. Pas d'albuminurie. Pas de trace d'hémorragie des muqueuses.

Séance tenante on fait une injection de cent vingt centimètres cubes de sérum artificiel : l'enfant, tout à fait inerte, n'accuse aucune sensibilité au moment de la piqure. Une heure plus tard, enveloppement dans le drap mouillé. A onze heures et demi, bain à 28°, de 10 minutes de durée, à la suite duquel la température tombe à 38°. L'enfant, qui était absolument sans connaissance depuis treize heures, reconnaît sa mère.

23 juin : deux nouveaux bains ont été donnés à 28°. — T. 37°6, P. 124, R. 38. — La cyanose du visage a disparu, elle est remplacée par des alternatives de rougeur et de pâleur de la face. L'enfant reconnaît ses parents, mais il a encore un état de délire durant lequel il croit voir des serpents s'agiter autour de son lit ; par moments, il s'écarte avec terreur quand on veut s'approcher de lui. Il commence à prendre un peu de lait. Le soir T. 37°8, P. 132, R. 32.

24 juin : T. 38°, P. 130. — Polyurie abondante ; l'enfant à un faciès très satisfaisant, il demande à manger, parle, répond très bien aux questions. Les taches purpuriques sont devenues d'un brun clair ; les deux ecchymoses de la cuisse et de la fesse droite ont au centre une coloration violette ; à leur pourtour il existe un liseré rouge, de deux millimètres de large, séparé de l'aréole centrale violette par une petite ligne blanche d'un blanc éclatant.

27 juin : l'enfant n'a plus de fièvre depuis deux jours. Les taches de purpura commencent à pâlir. Sur la cuisse droite l'aréole rouge qui entourait l'ecchymose violette signalée dès le premier jour s'est élargie ; elle a l'aspect polycyclique et semble formée par un grand nombre de vésicules juxtaposées.

1^{er} juillet ; Il se produit sur les deux jambes une éruption d'érythème nouveau formée par une dizaine de nodosités d'un rouge bleuâtre, un peu douloureuses à la pression.

Cette poussée d'érythème a complètement disparu en deux jours.

10 juillet. La guérison de l'enfant est définitive. L'aréole

inflammatoire qui entourait l'ecchymose fémorale, d'abord réduite à une mince pellicule, s'est détachée, laissant au-dessous d'elle la peau saine ; le centre de l'ecchymose grisâtre et blafard, de consistance parcheminée, est une escharre superficielle qui tombe le 27 juillet, cinq semaines après le début de la maladie. Sa chute met à nu une petite cicatrice, déjà épidermée, qui persiste deux mois plus tard comme celle d'une brûlure au troisième degré.

L'observation VI est pour nous un exemple de purpura foudroyant ; les symptômes nerveux y apparaissent au premier plan : ce sont d'abord des vomissements qui brusquement marquent le début de la maladie, au bout de quelques heures se montrent les taches purpuriques, puis l'enfant présente à deux reprises du tremblement généralisé, tombe dans un état d'abattement complet et perd connaissance en même temps que la face et les extrémités se cyanosent. Le lendemain l'enfant délire encore fréquemment. Peu à peu il revient à lui, la guérison s'effectue, et deux mois plus tard il ne reste plus que la trace d'une plaque de gangrène développée sur une tache ecchymotique et cicatrisée.

Cette observation est un des cas très rares de guérison de purpura foudroyant. Nous y remarquons surtout un état d'abattement et de prostration considérable accompagnant les symptômes nerveux. Dans notre observation III nous n'avons pas trouvé signalé un tel état typhoïde malgré des troubles nerveux très accusés.

Si nous avons établi un parallèle entre deux observations aussi typiques, c'était pour bien préciser la

valeur de l'œdème comme cause directe des accidents nerveux.

Ceux-ci dans notre observation VI sont manifestement sous la dépendance de l'intensité de l'infection.

Mais si au cours d'un purpura, peu fébrile, accompagné ou non de douleurs rhumatoïdes ou abdominales, et d'œdèmes fugaces se localisant à tel ou tel endroit sans règles fixes, par poussées successives, nous observons tout à coup des convulsions localisées, ou du tremblement, même du coma et des paralysies, nous pourrions penser avec beaucoup de vraisemblance que ces accidents sont symptomatiques d'un œdème à localisation méningée ou corticale, si leur durée est éphémère, leur disparition rapide et si leur retentissement sur l'état général est insignifiant.

Nous devons ajouter que la littérature médicale ne nous a offert aucun cas typique, semblable à celui de notre observation III. Nous avons bien rencontré de ci de là des accidents nerveux apparus au cours de l'éruption purpurique et dus à des méningites aiguës, tuberculeuses, cérébro-spinales, ou à des hémorragies cérébrales et méningées, hématomyélie, hématorachis, etc. mais aucun d'eux ne présentait cette fugacité que nous avons donnée comme signe caractéristique des accidents dont l'œdème est la cause.

D'après ce qui précède nous avons vu qu'il peut exister, au cours des purpuras quels qu'ils soient, certains symptômes pouvant faire croire à l'existence de graves lésions. Ces symptômes, accidents nerveux ou douleurs abdominales, spécialement caractérisés par

une grande fugacité, doivent être attribués à une localisation spéciale de ces œdèmes si mobiles et si éphémères que l'on rencontre assez souvent durant l'évolution des purpuras.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant à retenir, c'est que malgré la gravité apparente de ces symptômes, la marche de la maladie paraît peu influencée, et dans les cas observés l'évolution s'est faite avec peu de fièvre vers la guérison. Aussi, lorsque le médecin se trouvera en présence d'un petit malade atteint de purpura avec douleurs abdominales violentes ou accidents nerveux inquiétants et subits, ne devra-t-il pas immédiatement poser un diagnostic sévère, mais attendre trois, quatre, six jours, afin de se rendre compte si les phénomènes observés disparaissent ou persistent ; et il devra d'autant plus penser à la possibilité d'un pronostic bénin qu'il aura affaire à une forme de purpura peu fébrile, accompagnée d'œdèmes erratiques, et sans tendance aux hémorragies.

Il est des cas cependant où le diagnostic devient très difficile et dans lesquels le purpura peut fort bien n'être même pas soupçonné. Citons par exemple le cas de notre Observation III, où les accidents nerveux précédèrent l'apparition de l'éruption cutanée : dans des cas semblables, s'il s'agit d'un petit enfant, on accusera les convulsions banales de l'enfance, si le malade est plus grand on admettra l'hypothèse d'une lésion méningo-encéphalique grave, et ce n'est que le lendemain ou le surlendemain que l'éruption purpurique viendra révéler, par son apparition, la vraie cause de tous ces désordres.

Nous avons dit que nous considérons le pronostic de ces œdèmes comme bénin: nous devons dire bénin *quoad vitam*, car on ne peut considérer comme insignifiante une maladie pouvant, à la longue, porter atteinte à l'état général par des récives multiples.

Quand au traitement nous n'en parlerons que pour dire que les œdèmes, causes de tout désordre, disparaissent d'eux-mêmes par le repos, que leur traitement proprement dit est, comme celui du purpura, à peu près purement symptomatique, et qu'en particulier la morphine en injection sous-cutanée (une goutte de la solution au centième par année d'âge) pourra être rendue nécessaire pour calmer les douleurs.

CONCLUSIONS

Il peut exister, au cours des purpuras quels qu'ils soient, des poussées d'œdème à localisation variable.

Cet œdème est dur, blanc, parfois rosé, souvent douloureux. Il accompagne généralement le purpura, peut précéder l'éruption et faire ainsi prévoir ses récidives.

Il apparaît brusquement, et disparaît rapidement au bout de peu de temps, le plus souvent par résolution, très rarement par gangrène.

Il peut siéger sans règle fixe, et par poussées successives, à des endroits divers, de préférence aux membres, aux organes génitaux et à la face. Il peut aussi siéger, mais bien plus rarement, à la partie profonde, sous-péritonéale, de la paroi abdominale et à la surface de l'écorce cérébrale et donner lieu ainsi à des symptômes variables suivant son siège, mais présentant avec lui ces caractères communs d'être très mobiles, éphémères, et d'un pronostic bénin *quoad vitam*.

L'œdème localisé à la surface de la région motrice du cerveau, peut donner lieu à des accidents nerveux assez intenses tels que convulsions, coma et paralysies, que l'on ne confondra ni avec les phénomènes nerveux

des purpuras primitifs infectieux, ni avec les convulsions de l'enfance, ni avec des lésions méningo-encéphaliques graves, en se basant surtout sur les caractères des accidents nerveux et sur l'évolution de la maladie,

L'œdème, malgré ses multiples localisations et ses symptômes parfois inquiétants, a un pronostic bénin en ce qui concerne la vie, toutefois des récidives fréquentes, coïncidant avec de nouvelles poussées éruptives, peuvent à la longue porter atteinte à l'état général.

Le traitement de ces œdèmes est, à côté du traitement de la cause, un traitement purement symptomatique. Ces œdèmes d'ailleurs, disparaissent souvent d'eux mêmes avec la plus grande facilité.

Vu :

Nancy, le 21 juin 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
HAUSHALTER

Vu :

Nancy, le 21 juin 1909

LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 23 juin 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- APERT. — Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques. *Thèse*. Paris, 1897.
- ADAM. — De l'œdème dans le purpura. *Thèse*. Paris, 1892.
- ALIBERT. — Monographie des dermatoses. In-4°. Paris, 1832.
- ARRAGON. — *Archiv. de physiologie*, 1883.
- BARBIER. — Purpura. *Traité des malad. de l'Enfance*. 2^e édition. T. I.
- BATEMAN. — A practical synopsis of cutaneous diseases. London, 1813.
- BIETT. — Dictionnaire de médecine.
- BOULLOCHE. — *Société méd. des Hôpitaux*, 1899.
- DU CASTEL. — Diverses espèces de purpura. *Thèse d'agrégation*. 1883.
- LE CALVÉ. — Œdème aigu toxinévrotyque. *Thèse*. Paris, 1901.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1828.
- COUTY. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876.
- DILLER. — Œd. angionévrotique. Philadelphia, *Med. Journal*, 1903.
- DIRKS DILLY. — Maladie de Werlhof de l'enfant. *Thèse*. Paris, 1879.
- ETLINGER. — *Archiv. für Kinderheilk.*, 1898.
- FAISANS. — Des hémorragies cutanées liées à des altérations du système nerveux et, en particulier, du purpura myélopathique. *Thèse*. Paris, 1882.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, t. II.
- GIBERT. — Traité pratique des maladies spéciales de la peau. Paris, 1837.
- HAUSHALTER, G. ETIENNE, L. SPILLMANN et Ch. THIRY. — *Cliniques médicales iconographiques*, 1901.
- HENOCH. — *Lehrbuch d. Kinderkrankheiten*, 1899.

- HUTINEL. — Des variétés cliniques du purpura. *Semaine médicale*, 1890.
- LAIGUE-LAVASTINE. — Plexus solaire. *Thèse*. Paris, 1903.
- LASÈGUE. — Étude rétrospective sur la maladie de Werlhof. *Archiv. génér. de médecine*, 1877.
- LATOUR. — Histoire philosoph. et méd. des hémorragies. Orléans, 1815.
- MARFAN. — Purpura. *Traité des maladies de l'Enfance*, t. II.
- MARTIN DE GIMARD. — Purpura hémorragique primitif. *Thèse*. Paris, 1888.
- MATHIEU. — Purpura hémorragique. *Thèse*. Paris, 1883.
- Purpura. *Dictionnaire Dechambre*.
- MONNERET et FLEURY. — *Compendium de médecine pratique*, 1846.
- C. PAUL. — *Archiv. générales de médecine*, 1864.
- PERRIN. — Les purpuras de l'Enfance. *Archives de Méd. des Enfants*, 1899.
- POPPI. — Étiologie et pathogénie du purpura rhumatoïde. *Archives de méd. des Enfants*, 1899.
- RENDU. — *Semaine médicale*, 1898.
- RILLET et BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des Enfants*, t. II.
- SCHÖENLEIN. — Travail sur le purpura, Wurzburg, 1829.
- SORTAIS. — Le purpura. Considérations étiologiques et pathogéniques. *Thèse*. Paris, 1896.
- SOYER. — De l'œdème pourpré fébrile. *Thèse*. Paris, 1878.
- STEFFEN. — *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1896.
- THIBIERGE. — Purpura. *Traité de médecine*, t. III.
- TONGE. — *Brit. méd. Journal*, 1903.
- VIELLIARD. — Étude des crises douloureuses abdominales en rapport avec le purpura. *Thèse*. Paris, 1907.
- VILMAIN. — Le purpura exanthématique, en particulier chez les Enfants. *Thèse*. Nancy, 1902.
- WILLAN. — Description and Treatment of cutaneous diseases. London, 1798.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	5
Le purpura en clinique. — Généralités.....	9
Des œdèmes dans le purpura. — Leurs caractères.....	21
Localisations rares de l'œdème.....	29
I. — Œdème profond de la paroi abdominale.....	29
II. — Œdème encéphalique.....	35
CONCLUSIONS ..	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	61

Imp. Gerber et Petiteolas, Nancy.

